

¿CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS EL ICTUS ISQUÉMICO?

Revisión narrativa

Trabajo Fin de Grado

Autora: María Díaz Corral

Tutora: M^a Luisa Martínez Martín

Junio - 2014

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Método	14
Resultados	18
Discusión y Conclusiones	37
Bibliografía	41
Anexo I: Artículos seleccionados	45

RESUMEN

Introducción: el ictus representa una epidemia en los países industrializados, siendo una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental, la primera de discapacidad y la segunda de demencia en el adulto. Los cuidados durante la fase aguda están muy desarrollados pero, debido al gran impacto personal, familiar, sanitario, social y laboral que ocasiona sus secuelas, también se hace necesaria una continuidad en los cuidados tras el alta hospitalaria, que garantice una atención integral a los pacientes y a sus familias, donde los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental.

Objetivo: analizar los cuidados de transición proporcionados a las personas que han sufrido un ictus isquémico, así como a sus familias y/o cuidadores.

Método: revisión narrativa mediante la realización de una búsqueda bibliográfica, dirigida a las tres áreas de intervención elegidas, en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl y Cuiden, y en el buscador Google Académico. Además, se han consultado los sitios web del Ministerio de Sanidad y Política Social, la Federación Española de Ictus, y la Sociedad Española de Enfermería Neurológica y se han revisado, en la versión *online*, las siguientes publicaciones periódicas españolas: Metas de enfermería, Nure Investigación, Rol de enfermería y Enfermería clínica.

Resultados: se presentan en relación con las tres áreas de intervención elegidas: adaptación del paciente con ictus en la realización de las actividades de la vida diaria, atención emocional al paciente y apoyo educativo a la familia.

Discusión: los cuidados de transición ayudan a la reincorporación de los pacientes a su entorno habitual y a la adaptación de las familias a la nueva situación de salud. Sin embargo, los cuidados están fragmentados en la práctica clínica. Algunas propuestas de mejora como la creación de la figura de la enfermera/o de enlace o los programas de seguimiento domiciliario son insuficientes y se necesita más investigación sobre su eficacia.

Palabras clave: ictus, continuidad de cuidados, actividades de la vida diaria, trastornos emocionales, familia, informe de alta de enfermería, autocuidado, cuidados domiciliarios, educación sanitaria, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: brain stroke is an epidemic in industrialized nations, being one of the main causes of mortality in the western world; the number one cause of disability and number two cause of dementia in adults. The care provided during the acute phase is highly developed, but due to the great personal, family, health, social and labor impact that it causes, continuity is also needed after hospital discharge, which guarantees care to patients and their families, in which the nursing profession plays a fundamental role.

Objective: to analyze the transitional care provided to those persons who have suffered an ischemic stroke, as well as their families and/or caregivers.

Methodology: narrative review through use of a bibliographic search, focused on the three areas of intervention chosen, in the data base of “Ciencias de la Salud” (Health Sciences): PubMed, Cinahl and Cuiden, and in the search engine Academic Google. Also, the web sites for The Ministry of Health and Social Policy, the Spanish Stroke Federation, and the Spanish Neurological Nursing Society were consulted, and the following online versions of Spanish journalistic publications were reviewed: Nursing Goals, Investigations Nure, Nursing Role and Clinical Nursing.

Results: are presented in relation to the three areas of intervention chosen: adjustment of stroke patients in performing activities of daily living, emotional patient care and educational support to the family.

Discussion: transitional care helps the patient reintegrate into their way of life and helps families adapt to the new situation. Regardless, care is fragmented in clinical practice. Some suggestions for improvement, such as the creation of the case management nurse or home care programs are insufficient and more studies are needed as to their efficiency.

Key Words: stroke, continuity of care, activities of daily living, emotional disturbances, family, nursing discharge note, self-care, home care, health education, nursing care.

INTRODUCCIÓN

El ictus representa hoy en día una epidemia en los países industrializados (1), siendo una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera de incapacidad (2). Concretamente en España, el ictus constituye un problema sociosanitario de gran envergadura, suponiendo la segunda causa de muerte en la población general y la primera en la mujer. Además, es también la primera causa de discapacidad y la segunda de demencia en el adulto (3,4). Cada año 130.000 personas sufren un ictus en nuestro país provocando la muerte en un 30% de los casos y una discapacidad grave en un 40% de ellos. Se calcula que una de cada seis personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida, ocasionando un gran impacto personal, familiar, sanitario, social y laboral (5). Asimismo, se estima que el coste social que ocasiona este problema de salud supera los 6.000 millones de euros anuales, cifra que representa el 5% del gasto sanitario público (2).

El ictus es una enfermedad causada por un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera transitoria o definitivamente la función de una o varias partes del encéfalo (6). Según la naturaleza de la lesión producida, el ictus puede causar isquemia o hemorragia cerebral.

El ictus hemorrágico es la extravasación de sangre dentro del encéfalo como consecuencia de la rotura de un vaso sanguíneo, que se produce repentinamente o tras un esfuerzo físico o una elevación brusca de la presión arterial dando lugar a una gran afectación neurológica. En la mayoría de los casos está causado por rotura de malformaciones arteriovenosas o aneurismas produciendo una hemorragia subaracnoidea, aunque la hipertensión arterial no controlada también provoca hemorragias intracraneales (7). Si bien el ictus hemorrágico representa solamente un 15% de los casos, produce una elevada mortalidad (80%) (7).

El ictus isquémico, también llamado accidente cerebrovascular, embolia o apoplejía, se presenta en un 85% de los casos (4) y se produce cuando un vaso sanguíneo que irriga el encéfalo se obstruye interrumpiendo durante unos segundos el flujo de sangre en la zona distal a la oclusión (8). Se habla de ictus trombótico o aterotrombótico (80%) cuando la obstrucción se produce en un vaso cerebral y de ictus embólico (20%) cuando el trombo se forma en algún lugar del organismo, normalmente en las arterias proximales o en el corazón, y se desplaza hasta los vasos del encéfalo (8). Si el flujo

sanguíneo persiste interrumpido durante unos minutos se producirá un infarto cerebral. Ahora bien, si se reanuda la irrigación sanguínea en un breve plazo de tiempo puede recuperarse totalmente el tejido y la clínica será transitoria. Esto es lo que se conoce con el nombre de accidente isquémico transitorio (AIT) y, por definición, los signos y síntomas neurológicos deben desaparecer a las 24 horas. Por el contrario, si las manifestaciones clínicas neurológicas permanecen más de 24 horas, se habla de ictus establecido (8). El infarto cerebral y el AIT tienen la misma fisiopatología diferenciándose básicamente por el tiempo de duración de la isquemia y el infarto resultante (7).

El AIT suele preceder al ictus isquémico en un 23% de los casos (9), de ahí la importancia de establecer medidas de prevención (5). Según la Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud español, el establecimiento de este tipo de medidas puede evitar más muertes que cualquier medida terapéutica una vez que el ictus ha ocurrido (2). El papel principal de la prevención primaria consiste en actuar sobre los factores de riesgo modificables, entre los que se encuentran el tabaquismo, la diabetes, la dislipemia, la obesidad, el sedentarismo y el abuso en el consumo de alcohol y drogas, siendo la hipertensión arterial el más importante; mientras que los factores de riesgo no modificables (edad, sexo, raza y antecedentes familiares) son útiles para identificar a la población diana, que puede beneficiarse de un control más estricto de los factores modificables. Por otra parte, la prevención secundaria está dirigida al manejo y control de los factores de riesgo en personas que ya han padecido un ictus y a recibir tratamiento médico preventivo para evitar nuevos episodios (6).

Considerando que el ictus es un problema de salud pública de primer orden (2) y con la finalidad de mejorar y homogeneizar la atención a los pacientes y sus familias, el Sistema Nacional de Salud español desarrolló en 2009 la Estrategia en Ictus anteriormente mencionada, integrada por cinco eslabones fundamentales que componen la llamada cadena asistencial del ictus (Cuadro 1), cuyo fin es asegurar, desde el inicio y mediante un plan integral de actuaciones multidisciplinarias, la máxima recuperación del paciente y minimizar las posibles secuelas.

Cuadro 1. ELEMENTOS DE LA CADENA ASISTENCIAL DEL ICTUS

Eslabón	Función
1. Paciente	Reconocimiento de síntomas de alarma.
2. Servicio de urgencias extrahospitalarias y/o hospital de referencia	Activación Código Ictus.
3. Servicio de urgencias	Inicio de medidas generales fase aguda: Atención por el Equipo de Ictus. Inicio de medidas específicas fase aguda:
4. Unidad de ictus	<ul style="list-style-type: none">• Fibrinólisis.• Rehabilitación precoz.• Prevención secundaria.• Educación sanitaria. Protocolo de seguimiento.
5. Consultas externas	Cumplimiento Prevención secundaria. Detección precoz depresión y demencia post-ictus.

Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, 2009 (2).

El primer eslabón de la cadena asistencial es el paciente, ya que las personas que han sufrido un ictus, en ocasiones no acuden a los servicios sanitarios porque no suelen sentir dolor ni son conscientes de su padecimiento. Por tanto, es fundamental enseñar a la población a reconocer adecuadamente los síntomas de alarma del ictus (Cuadro 2) y aconsejar que se dirijan al servicio de urgencias rápidamente tras percibir la aparición repentina de alguno de ellos (8), ya que el tejido cerebral potencialmente recuperable puede convertirse en tejido infartado cuanto más tiempo la arteria cerebral permanezca obstruida (4).

Cuadro 2. SÍNTOMAS DE ALARMA DEL ICTUS

Pérdida de fuerza de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo de inicio brusco.
Pérdida de sensibilidad de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo de inicio brusco.
Alteración repentina en la comprensión y/o elaboración del lenguaje o en la articulación de las palabras.
Pérdida súbita de visión parcial o total en uno o en ambos ojos.
Cefalea de inicio súbito de intensidad inhabitual y sin causa aparente.
Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas, acompañada de cualquier síntoma anterior.

Mateos Marcos, 2010 (4).

El segundo eslabón de la cadena es el servicio de urgencias extrahospitalarias y/o los hospitales de referencia, que son los encargados de activar el Código Ictus, sistema de notificación urgente y traslado prioritario de los pacientes que han sufrido un ictus durante las primeras horas de evolución a un centro de ictus. Es en estos centros, que habitualmente son hospitales de referencia de una región sanitaria, donde se lleva a cabo una primera atención con el fin de mejorar la evolución clínica de los pacientes (4).

El servicio de urgencias ocupa el tercer lugar de la cadena asistencial, donde el Equipo de Ictus es el encargado de recibir al paciente, solicitar un escáner craneal urgente e iniciar las medidas generales del tratamiento del ictus en fase aguda.

El cuarto eslabón lo forma la Unidad de Ictus que, además de ser el espacio físico donde ingresa el paciente, es la estructura encargada de coordinar y participar en las acciones de interés para él. En la Unidad de ictus, entre otras actividades, se establece el tratamiento específico de la fase aguda: la fibrinólisis; también se inicia la rehabilitación precoz, la prevención secundaria y la educación sanitaria; y se contacta con el trabajador o asistente social del hospital para concertar centros de convalecencia.

Actualmente, el tratamiento del ictus isquémico en la fase aguda consiste en la recanalización precoz de la arteria ocluida, para lo que se emplean terapias de

reperusión cerebral mediante el tratamiento trombolítico o fibrinólisis que consiste en la administración intravenosa de activador tisular del plasminógeno intravascular (rt-PA) dentro de las primeras 3 horas de evolución, que mejora el curso clínico de los pacientes, pero hay que tener en cuenta que la isquemia cerebral aguda es un proceso dinámico y por ello el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas determina la eficacia del tratamiento en esta fase. La noción “tiempo es cerebro”, es decir, reducir el tiempo hasta el inicio del tratamiento fibrinolítico, es la regla de oro del tratamiento para la recuperación del paciente que ha sufrido un ictus isquémico (4).

También se emplea la terapia de cerebroprotección con el fin de mantener viable el tejido isquémico el mayor tiempo posible y para preservar la integridad de la barrera hematoencefálica, reduciendo el riesgo de reperusión hemorrágica. Las medidas no farmacológicas de cerebroprotección consisten en el mantenimiento de la homeostasis cerebral mediante el control estricto, proporcionado en las unidades de ictus, de la temperatura corporal, la oxigenación, los niveles de glucemia y las cifras de presión arterial.

Del mismo modo, como parte de las medidas terapéuticas específicas de la fase aguda, se utiliza la prevención de la recurrencia, siendo el tratamiento antiagregante o anticoagulante la terapia de elección para reducir el riesgo de aparición de nuevos ictus isquémicos y debiendo evitar su administración durante las 24 horas siguientes a la fibrinólisis.

El quinto y último eslabón de la cadena asistencial del ictus lo constituye la consulta externa, donde se lleva a cabo el protocolo de seguimiento del ictus, se cumple la prevención secundaria y se realiza una detección precoz de la depresión y demencia post-ictus, que son problemas que pueden presentar los pacientes pasada la fase aguda (2).

La recuperación de un ictus establecido es un proceso complicado, tanto para el paciente como para su familia, ya que las manifestaciones de esta patología (Cuadro 3) pueden dejar secuelas que requieren la adopción de una serie de medidas de rehabilitación, de inicio precoz, que deberán comenzar desde el momento en que el paciente ingresa en la Unidad de Ictus. Estas medidas terapéuticas tendrán que llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos neurólogos y especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales (2).

Cuadro 3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL PACIENTE CON ICTUS

FÍSICAS	PSICOLÓGICAS	COGNITIVAS
Hemiplejía/hemiparesia, falta de coordinación, pérdida de control de movimiento.	Depresión.	
Hemianopsia.	Ansiedad.	
Afasia, disartria, mutismo.	Labilidad emocional.	Disminución de la memoria, atención, orientación.
Trastorno de la sensibilidad: hormigueo, sensaciones desagradables, falta de sensibilidad al tacto.	Apatía.	Dificultad para planificar y organizar tareas.
Espasticidad.	Irritabilidad.	
Dolor: central/hombro.	Falta de consciencia de secuelas.	
Disfagia.		
Doble incontinencia.		

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria, 2009 (10).

Los cuidados durante la fase aguda de hospitalización, tanto para minimizar estas secuelas como para evitar complicaciones, se han desarrollado mucho en los últimos años, estando disponibles planes de cuidados estandarizados, protocolos, guías y programas educativos para pacientes y familiares, así como otros materiales que facilitan el manejo del paciente con ictus.

En este sentido, es destacable la Vía Clínica elaborada en el Hospital Universitario La Paz de Madrid para la asistencia estandarizada a los pacientes con ictus, que incluye protocolos de enfermería relacionados con el riesgo social, los cuidados a la disfagia, la prevención de caídas y el tratamiento de las úlceras por presión; así como documentos de información al ingreso y al alta para pacientes y familiares, pautas de actuación en la rehabilitación para el personal sanitario, etc. Todo ello con el fin de proporcionar un cuidado organizado y eficiente así como para mejorar la satisfacción de los pacientes (11).

Otra iniciativa reseñable es el plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus que elaboró un grupo de enfermeros de la Unidad de Alta Resolución

Hospitalaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, utilizando las Taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) con el propósito de homogeneizar líneas de actuación y favorecer la continuidad de los cuidados en pacientes con ictus (12).

Asimismo, es destacable también el programa de educación sanitaria del paciente con ictus agudo que se llevó a cabo en el Hospital del Mar de Barcelona, y que demostró un incremento notable sobre los conocimientos de la enfermedad en pacientes y familiares. Las sesiones educativas, impartidas por el personal de enfermería tanto a nivel individual como grupal, fueron dirigidas a ayudar al paciente a adoptar los cambios necesarios para realizar las actividades de la vida diaria y fomentar su autonomía, así como a orientar a la familia en su cuidado.

Estos ejemplos, que son ilustrativos del desarrollo de los cuidados durante la fase aguda del ictus (13), señalan también que es en las unidades de hospitalización donde se debe iniciar, por tanto, la labor educativa dirigida a pacientes y, especialmente, a familiares o cuidadores, encaminada a favorecer una continuidad en los cuidados, enfocados, sobre todo, a enseñar la manera de evitar las complicaciones de la inmovilidad y brindar apoyo y orientación para superar las deficiencias que conlleva esta enfermedad (8).

Pero, una vez planteada el alta hospitalaria, la realidad es que todavía el paciente y su familia van a precisar de cuidados de transición en su domicilio que les ayuden a reincorporarse a su vida cotidiana. Por ello, la Estrategia en ictus (2) recomienda que el informe de enfermería al alta del paciente contemple distintos aspectos encaminados a asegurar los cuidados de enfermería en el ámbito domiciliario y a permitir la coordinación en la continuidad de los mismos. De esta manera, dicho informe debe cumplir los siguientes requisitos:

- Identificar las necesidades particulares del paciente para cubrirlas en el domicilio.
- Transmitir seguridad al paciente y a su familia.
- Informar a los profesionales que atenderán al paciente en distintos centros o en su domicilio e iniciar rápidamente la coordinación con las unidades de rehabilitación.
- Incluir escalas de valoración funcional e instrumental.
- Proporcionar información y educación sanitaria sobre:
 - Características de la enfermedad.

- Forma de movilizar las extremidades afectadas.
 - Manera de llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
 - Control del tratamiento farmacológico.
 - Recomendaciones de enfermería protocolizadas en una hoja informativa para los pacientes que inician tratamiento con anticoagulantes.
 - Reconocimiento de síntomas y signos que pueden alertar sobre un nuevo episodio de ictus.
 - Recomendaciones sobre los factores de riesgo vascular.
- Recomendar actividades de formación dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores.
 - Informar sobre asociaciones de pacientes con ictus.
 - Asesorar sobre la disfunción sexual.

El informe de enfermería al alta hospitalaria es, por tanto, un documento que permite la coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria y su contenido debe ser el punto de partida para la planificación del seguimiento del paciente y su familia en Atención Primaria. Por tanto, será el equipo de salud el que tendrá que actuar con un doble objetivo, por un lado, conseguir la mayor autonomía e independencia de la persona en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) (8), y por otro, poner a disposición tanto del cuidador principal como del resto la familia un marco para la continuidad de cuidados, ya que serán ellos quienes tendrán que asumir el cuidado directo de la persona enferma, suplir las actividades que antes realizaba y satisfacer sus necesidades emocionales (14).

Desde un enfoque disciplinar que tenga como referente la Teoría del Déficit de Autocuidado de D. Orem, el centro de intervención de la enfermera/o comunitaria/o sería, por tanto, la persona que tiene incapacidades frente al ejercicio de sus autocuidados. Orem relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, que son aquellos cuyo objetivo es promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración así como para prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar sus efectos en los diferentes momentos del desarrollo del ser humano (14).

La incapacidad de las personas que sufren las secuelas de un ictus para satisfacer los requisitos de autocuidado origina un déficit de autocuidado y una demanda de cuidados terapéuticos, que requieren la intervención del profesional de enfermería. Para ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable de cara a su autocuidado, la atención de enfermería puede llevarse a cabo de distintas formas: actuar en lugar de la persona; ayudar y orientar; apoyar física y psicológicamente; y enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo (15). Según sea la capacidad y la voluntad de las personas en relación con su autocuidado, la enfermera/o elegirá un sistema de intervención en el que realizará actividades de educación o de desarrollo. De esta forma, el sistema de enfermería será totalmente compensatorio cuando la enfermera/o proporciona todo el cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio, cuando el profesional de enfermería y el paciente realizan conjuntamente el cuidado; y educativo de apoyo, cuando la enfermera/o ayuda al paciente y a su familia o cuidador a adquirir los conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado (14).

Siguiendo este mismo enfoque teórico, hasta que el paciente que ha sufrido un ictus recupere la posición de agente de autocuidado, será la familia o el cuidador quien pasará a convertirse en agente de cuidado dependiente y el rol del profesional de enfermería será educar a ambos ayudándoles a adaptarse a la nueva situación de salud (14,15). De todo ello se deriva una mayor responsabilidad del paciente y la familia en los cuidados de su salud y la importante labor de coordinación de la enfermera/o comunitaria/o, quien juega un papel fundamental en los cuidados de transición.

Dada la trascendencia de la continuidad de los cuidados en los pacientes que han sufrido un ictus, por las repercusiones que tiene a nivel físico, emocional, familiar y social, que les dificultan la reincorporación a su vida anterior, así como la incidencia que pueden tener los cuidados enfermeros en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, familias y/o cuidadores se justifica la realización de una revisión narrativa cuyo objetivo principal es analizar los cuidados de transición proporcionados a las personas que han sufrido un ictus isquémico, así como a sus familias y/o cuidadores, seleccionando tres áreas de intervención: adaptación del paciente en la realización de las actividades de la vida diaria, atención emocional al paciente y apoyo educativo a la familia.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa mediante la realización de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl y Cuiden, y en el buscador Google Académico.

Se han consultado también los documentos relacionados con la temática de estudio en los sitios web del Ministerio de Sanidad y Política Social, la Federación Española de Ictus, la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, y la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Asimismo se han revisado, en la versión *online*, las siguientes publicaciones periódicas españolas: Metas de enfermería, Nure Investigación, Rol de enfermería y Enfermería clínica.

La búsqueda bibliográfica se ha dirigido a las tres áreas de intervención elegidas:

- Adaptación del paciente con ictus en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Atención emocional al paciente con ictus.
- Apoyo educativo a la familia del paciente que ha sufrido un ictus.

Para la búsqueda en las bases de datos se ha utilizado lenguaje controlado, seleccionando los descriptores en los tesauros *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS) y *Medical Subject Headlines* (MeSH) (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptores seleccionados

Término de búsqueda	DeCS	MeSH
Ictus	Ictus	Stroke Brain infarction
Continuidad de cuidados	Continuidad de la atención al paciente	Continuity of patient care
Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria	Activities of daily living
Trastornos emocionales	Síntomas afectivos	Affective symptoms
Psicología	Aspectos psicosociales de la enfermedad	Psychosocial aspects of illness
Emociones	Emociones	Emotions
Familia	Familia	Family
	Enfermeras de familia	Family nurse practitioners
Informe de alta de enfermería	Alta del paciente	Patient discharge
Autocuidado	Autocuidado	Self-care
Cuidados domiciliarios	Servicios de Atención de salud a domicilio	Home care services
Educación sanitaria	Educación en salud	Health education
Educación	Educación	Education
Enfermería	Enfermería	Nursing
Cuidados de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care

Una vez identificados los *Medical Subject Headlines* (MeSH) a partir de las palabras clave/términos relevantes, se realizó una búsqueda avanzada en las bases de datos mencionadas con los operadores booleanos “AND” y “OR”, utilizando como filtros la edad de los pacientes superior a 18 años, la fecha en la publicación de los artículos inferior a siete años, el idioma español e inglés y la disponibilidad de resumen.

Asimismo, y con el fin de seleccionar los artículos más idóneos se establecieron como criterios de inclusión los siguientes:

- En el título figurará una o varias palabras clave relacionadas con la temática de estudio.
- El resumen tratará aspectos relacionados con el objetivo del trabajo.
- El contenido del artículo será adecuado al tema de estudio haciendo referencia a alguna de las tres áreas de intervención anteriormente mencionadas.

En la tabla 2 se presentan las estrategias de búsqueda empleadas en las distintas bases de datos.

Para la búsqueda en Google Académico se utilizó lenguaje libre, introduciendo las siguientes construcciones semánticas: cuidados de transición en el ictus, continuidad de cuidados tras un ictus, actividades de la vida diaria en el paciente con ictus, apoyo emocional al paciente con ictus, educación a la familia del paciente con ictus, y se encontraron 18 artículos.

En las publicaciones periódicas se introdujeron las palabras clave anteriormente mencionadas en el buscador interno encontrándose 3 artículos.

En los sitios web del Ministerio de Sanidad y Política Social, la Federación Española de Ictus, la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, y la Sociedad Española de Enfermería Neurológica se encontraron 6 artículos.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda en las bases de datos seleccionadas

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados
Pubmed	("Continuity of Patient Care"[Mesh]) AND stroke	54	1
Pubmed	("Brain Infarction"[Mesh]) AND "Activities of Daily Living"[Mesh]	22	2
Pubmed	("Brain Infarction"[Mesh]) AND "Emotions"[Mesh]	16	1
Pubmed	("Brain Infarction"[Mesh]) AND "Education"[Mesh]	12	3
Pubmed	stroke AND continuity of care AND (educational support OR emotional support OR activities of daily living)	9	2
Pubmed	((("Stroke"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]))	42	1
Pubmed	((("Stroke"[Mesh]) AND "Health Education"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])	14	1
Pubmed	("Stroke"[Mesh]) AND "Affective Symptoms"[Mesh]	14	5
Pubmed	("Stroke/rehabilitation"[Mesh]) AND "Activities of Daily Living"[Mesh]	53	2
Pubmed	((("Stroke"[Mesh] AND "Nursing") AND "Patient Discharge"[Mesh]))	51	1
Pubmed	(self efficacy OR self care) AND stroke/nursing[mh]	28	0
Pubmed	systematic[sb] AND Stroke[mh] AND nursing AND (self-efficacy OR self-care OR self-management)	7	0
Cinahl	(MH "Activities of Daily Living+") AND (MH "Stroke")	59	2
Cinahl	(MH "Stroke+") AND (MH "Emotions")	14	0
Cinahl	(MH "Stroke+") AND (MH "Education+") AND (MH "Family+")	27	0
Cinahl	(MH "Stroke+") AND (MH "Nursing Care+")	40	0
Cinahl	(MH "Stroke+") AND (MH "Psychosocial Aspects of Illness+")	34	0

RESULTADOS

Se encontraron un total de 496 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos, si bien tras su lectura se han seleccionado 21 por su especial acercamiento al objetivo de esta revisión, la continuidad de cuidados tras el ictus isquémico (Anexo I).

Gran parte de la literatura consultada considera que los pacientes con ictus precisan una coordinación de la atención específica por parte de diferentes profesionales tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, ya que necesitan una gran cantidad de cuidados debido a las discapacidades derivadas de la enfermedad (16). Para facilitar a los pacientes y a su familia el traslado del hospital al domicilio de una forma planificada y evitar problemas de afrontamiento e incertidumbre, es necesario hacer uso de algunas herramientas que ayuden a asegurar una continuidad en los cuidados (16,17) con el fin de evitar la fragmentación de los mismos y la variabilidad en la práctica clínica, garantizar la seguridad del paciente y su familia, mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios y fomentar el autocuidado en el domicilio (16). Además, la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud español afirma que la provisión de unos cuidados continuados tras el alta hospitalaria produce beneficios para los pacientes y sus cuidadores (2).

La enfermera/o de enlace

Una estrategia propuesta por el Servicio Andaluz de Salud es la figura de la enfermera/o de enlace, que gestiona los cuidados de manera coordinada con el resto de profesionales implicados en el proceso. Su trabajo está enmarcado dentro de la Gestión de Casos que es el “proceso de colaboración mediante el cual la enfermera/o vela porque el paciente y su familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizand los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados” (16,18). La enfermera/o de enlace se encarga de ofrecer un entorno centrado en el paciente y no en la enfermedad, promoviendo su independencia para la recuperación de su capacidad funcional y la reincorporación a la comunidad, asegurando un estado de bienestar y reduciendo el sufrimiento de pacientes y familiares, animando a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes y

asegurando la continuidad de los cuidados (16). En Atención Primaria, la enfermera/o de enlace tiene una labor fundamental ya que se encarga tanto de conseguir la máxima recuperación del paciente como de reducir las repercusiones que su cuidado tiene en la familia, mediante la elaboración de un plan de cuidados individualizado y la coordinación con el médico de familia y el trabajador social (1).

Asimismo, la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria señala dos intervenciones que se encuentran dentro de las competencias de los profesionales de enfermería comunitarios como son el apoyo y soporte al autocuidado y la continuidad asistencial, siendo elementos claves para su desarrollo el fortalecimiento de la atención domiciliaria, las estrategias para la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales entre las que destacan los informes de cuidados al alta o la figura de la enfermera/o de enlace en el hospital, y el desarrollo de nuevos roles profesionales como el de gestor de casos (18).

El informe de enfermería al alta

El informe de enfermería al alta es el final del proceso de planificación del alta y es el documento que asegura los cuidados de enfermería y permite la coordinación en la continuidad de los cuidados (2). La Estrategia en Ictus afirma que el 61% de los centros que atienden a las personas con ictus tiene algún programa de informe de alta de enfermería que establece los cuidados en el domicilio, el 31% contempla la hospitalización domiciliaria y que algunas comunidades autónomas como Cataluña, País Vasco y Andalucía cuentan con un programa o protocolo de seguimiento de los pacientes que han sufrido un ictus (2).

Por tanto, el domicilio es el lugar donde los pacientes con ictus pueden mantener el control de su cuidado y se ha visto que permanecer en su entorno puede mejorar su bienestar y aumentar su calidad de vida, por lo que debe potenciarse la atención domiciliaria (18). El objetivo de los cuidados domiciliarios es reducir y mejorar las secuelas del ictus, mantener la máxima autonomía posible del paciente y de su familia y prevenir las posibles complicaciones. Para ello, los profesionales de enfermería de Atención Primaria deben realizar una correcta valoración integral identificando principalmente el nivel de autonomía, su estado cognitivo y emocional, el cumplimiento

terapéutico, la necesidad de cuidados y los riesgos de malnutrición, caídas y úlceras por presión, mediante la utilización de diferentes escalas de valoración (1,10).

Algunas escalas (1,19) disponibles para realizar la valoración integral y monitorizar las posibles complicaciones son:

- El Índice de Barthel: valora el nivel de independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), permitiendo predecir la evolución del nivel funcional a medio plazo.
- La Escala de Lawton y Brody: valora el nivel de independencia funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- *Timed up and go test*: valora el estado del equilibrio y de la marcha.
- El Cuestionario de Pfeiffer: evalúa el estado cognitivo.
- La Escala de Yesavage: evalúa el estado afectivo.
- Escala de valoración social de Gijón: valora el riesgo social.
- Escala de Braden: valora el riesgo de úlceras por presión.
- Escala nutricional de Washington: valora el riesgo nutricional.
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: valora el riesgo de claudicación en el cuidador informal.

Por otra parte, entre las actividades que el personal de enfermería realiza en el domicilio se encuentran las siguientes: suplencia de las ABVD y las AIVD alteradas, vigilancia y monitorización neurológica, control de factores de riesgo vascular, movilización precoz y continua, tratamiento de la disfagia, reeducación de esfínteres, abordaje de la depresión post-ictus, educación sanitaria, apoyo emocional a la familia y soporte al cuidador informal (1).

Enfoque multidisciplinar del cuidado

Estos programas de seguimiento para los pacientes que han sufrido un ictus tienen múltiples beneficios. Por un lado, pueden reducir el uso innecesario de los servicios de salud y, por otro, mejorar los resultados de los pacientes que van del hospital a su domicilio, suponiendo una gran oportunidad para tratar los problemas no resueltos durante la fase aguda (20). Sin embargo, estos programas son escasos (21), los cuidados están fragmentados y hay poca evidencia sobre el conocimiento de su eficacia (20,22,23). A pesar de que los cuidados de transición constituyen un factor clave para la

coordinación y la calidad de los mismos (20) y últimamente se han asociado significativamente con la seguridad del paciente (23), no han abordado hasta el momento el tratamiento multidisciplinar y holístico que la rehabilitación del ictus requiere (21).

La Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria advierte que no hay un esquema específico definido en Atención Primaria para el seguimiento de personas que han sufrido un ictus y que la frecuencia de visitas debe programarse en función de las necesidades individuales de cada persona (10).

Hay que tener en cuenta que este tipo de cuidados requiere de una adecuada comunicación entre los distintos profesionales y que la manera de llevarlos a cabo puede verse obstaculizada por la confusión de roles, la rivalidad entre los grupos profesionales y el uso inadecuado del lenguaje profesional (23).

Por ello, y como sugieren Carlsson et al. (23) “la planificación del cuidado y la continuidad informativa son las piedras angulares de esta multifacética y prolongada atención que requieren las personas que han sufrido un ictus”.

Dado que en esta revisión se habían establecido tres áreas de intervención enfermera en relación a la continuidad de cuidados en pacientes que han sufrido un ictus isquémico y sus familias, inicialmente se ha tratado de clasificar la información obtenida en función de estas áreas de interés, si bien la línea de separación en algunos de los artículos resulta difícil de discriminar.

1. ADAPTACIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS EN LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

La adaptación a las actividades de la vida diaria es el principal reto que tienen las personas que han sobrevivido a un ictus, ya que se estima que entre el 70-90% de los pacientes con ictus sufren secuelas (24,25) y que el 30% de ellas incapacitan a estas personas para su autonomía, generándose una demanda de cuidados (25) que el profesional de enfermería deberá satisfacer, si bien existen múltiples circunstancias que interfieren en esta adaptación.

Factores que dificultan la adaptación a las AVD

Hay que tener en cuenta que proporcionar cuidados a las personas que tienen alteraciones cognitivas, como las que no son conscientes de su déficit motor, es una dificultad con la que se encuentran con frecuencia los profesionales de enfermería. La anosognosia, definida en 1914 por Babinski como “una específica falta de conciencia de la parálisis después de un ictus”, es un problema considerable para la rehabilitación que da lugar a peores resultados ya que los pacientes se niegan a recibir tratamientos que mejorarían el pronóstico de la enfermedad, reduciendo la probabilidad de volver a hacer una vida independiente (26).

Las dificultades relacionadas con la alimentación, principalmente la disfagia, también obstaculizan la adaptación de los pacientes con ictus a las AVD. Se ha demostrado que los pacientes que presentan este problema, un 40-80% de los casos, tienen miedo a la asfixia, se avergüenzan de su apariencia y se sienten humillados por su dependencia en este sentido. Como consecuencia, este problema puede afectar a la capacidad funcional, a la vida social y a la propia imagen (23), además de suponer un importante riesgo de padecer complicaciones entre las que destacan la neumonía por aspiración, la malnutrición o la deshidratación por una reducción en la ingesta de líquidos y alimentos (10,17). Carlsson et al. (23) revelaron, en una muestra de 59 personas con ictus, un riesgo para la salud relacionado con la deglución en una tercera parte de los pacientes, por lo que se puede afirmar que las personas con ictus que tienen dificultades en la alimentación constituyen un gran y vulnerable grupo de pacientes que necesitan una atención integral y continua.

Otros factores que determinan la recuperación funcional tras un ictus son las dificultades relacionadas con el habla o el lenguaje, la depresión post-ictus, el deterioro cognitivo, la incontinencia urinaria y el retraso en el inicio de la rehabilitación, que suponen una disminución de la autonomía de la persona en la realización de las AVD (23,27,28).

Las AVD pueden dividirse en: ABVD, que incluyen tareas para un autocuidado básico, entre las que se encuentran por ejemplo ducharse, ir al baño, vestirse y comer, y que, por tanto, podría utilizarse el término de autocuidado para referirse a ellas (27); y AIVD, que hacen referencia a las habilidades necesarias para que la persona sea independiente en casa y en la comunidad, tales como como cocinar, comprar o utilizar el transporte público (10,26,27).

Para ayudar a los pacientes con ictus en la gestión de su autocuidado se han desarrollado diversas intervenciones enfermeras aunque no todas se han demostrado efectivas.

Registrar la información sobre el cuidado

Así, por ejemplo, una herramienta importante para asegurar la calidad y continuidad de los cuidados es el registro, por parte de los distintos profesionales de la salud, de la información sobre el cuidado, incluyendo las intervenciones planificadas y realizadas y las circunstancias personales en la historia clínica del paciente, ya que un plan de cuidados escrito es una herramienta de comunicación que facilita la coordinación de la atención entre los profesionales y los distintos centros de atención involucrados en el cuidado de los pacientes con ictus (23).

De esta manera, tal y como se ha mencionado anteriormente, antes del traslado del paciente del hospital a otro centro de atención o a su domicilio, el profesional que lo va a atender debería recibir un informe de alta que contenga la información esencial sobre el cuidado realizado, las intervenciones previstas y el estado actual del paciente, incluyendo su capacidad de comunicación y su capacidad funcional (23), con el fin de garantizar una continuidad en los cuidados.

Aunque la continuidad de información exige una documentación estructurada y adecuada, hay pocos estudios que versan sobre este aspecto de la continuidad de los cuidados en torno al ictus (23). En Suecia, dos proyectos informaron que la historia clínica del paciente era una fuente que no estaba correctamente estructurada y que contenía información insuficiente y frecuentemente duplicada, concluyendo que estas deficiencias de información podrían suponer una amenaza para la seguridad del paciente (23).

Tanto es así, que en este sentido, el estudio de Carlsson et al. (23) anteriormente mencionado comprobó que se habían documentado dificultades para comer en más del 50% de los pacientes con ictus en su historia clínica pero, sin embargo, evidenció una evaluación sistemática escasa y objetivó pocos datos de colaboración multidisciplinar para gestionar este problema, siendo mayoritarias con un 78% las anotaciones de los profesionales de enfermería que registraron para casi todos los pacientes datos sobre la deglución, el manejo para llevar la comida a la boca, la falta de energía y el peso corporal, no así los que hacen referencia al estado nutricional y la alimentación. Por otro

lado, se vio que los planes de cuidados no estaban estructurados y pocos contenían los pasos a seguir para la gestión de la alimentación. Además, los informes de alta no tenían suficiente información sobre los cuidados en relación con las dificultades en la alimentación y el lenguaje de los profesionales era inespecífico (23).

Medidas de mejora para la transferencia de información

Algunas medidas para mejorar la transferencia de la información que ayudan a los profesionales de la salud a identificar y tratar los problemas que aparecen después de un ictus, y con ello brindar unos cuidados seguros, integrales y de calidad a estos pacientes, pueden ser la estandarización de la documentación, los registros electrónicos y el uso de listas de control (22,23). De esta manera, un grupo multidisciplinario de expertos internacionales en ictus realizó una lista de problemas post-ictus en la que se determinaron las once áreas problemáticas más importantes para incluir en la lista: prevención secundaria, AVD, movilidad, espasticidad, dolor, incontinencia, comunicación, estado de ánimo, cognición, la vida después del ictus y la relación con el cuidador (22). En este mismo sentido, en el caso de las dificultades en la alimentación, Carlsson et al. (23) afirman que sería necesario definir unos estándares relativos a la evaluación de la capacidad para comer, las intervenciones específicas de la profesión enfermera y la colaboración multidisciplinar. Pero habría que investigar si las perspectivas de los profesionales relacionadas con estas dificultades son diferentes, y en tal caso, cómo influyen en la colaboración multidisciplinar (23). Otras preguntas que necesitan investigación son qué información escrita y verbal relativa a las necesidades de cuidado de los pacientes con ictus se transfiere en el informe de cuidados al alta y cuáles son las necesidades de información que precisan los cuidadores (23).

Equipos de apoyo al alta temprana

La planificación del alta de los pacientes con ictus es un proceso complejo debido a la naturaleza y la diversidad potencial de sus discapacidades, que se basa en habilidades de comunicación, delegación y gestión de recursos, lo que requiere con frecuencia de la figura de la enfermera/o de enlace y de la coordinación con un equipo multidisciplinar, como es el equipo de apoyo al alta temprana (28). Estos equipos ayudan a los pacientes y a sus familias a solucionar la gran incertidumbre que el proceso del alta les supone.

Son equipos específicos para los pacientes con ictus, donde los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la transmisión de información para garantizar una transición sin problemas del hospital al domicilio, debiendo comprobar que se ha consultado e informado al paciente y a sus cuidadores de cualquier plan de alta. Puesto que son estos profesionales los encargados de coordinar la información relativa al alta, es su responsabilidad asegurar una correcta transmisión de esta información para que todos los profesionales que van a participar en la rehabilitación del paciente en el ámbito de la Atención Primaria, sean conscientes de sus capacidades funcionales así como del plan de cuidados (28).

Inicio precoz de la rehabilitación

Otra forma de contribuir a que las personas que han sufrido un ictus se incorporen a las AVD tras el alta hospitalaria, es el inicio precoz de la rehabilitación. Así lo afirman Chaipayawata y Kulkantrakornb (19), quienes desarrollaron un ensayo clínico para probar la eficacia de la instauración de un programa de rehabilitación temprana en el domicilio de 60 pacientes que habían sufrido un ictus. Se midió la eficacia del programa durante los primeros seis meses desde su salida del hospital hasta los dos años, mediante el Índice de Barthel, la Escala de Rankin Modificada y el Índice de Utilidad, demostrando una mejoría más rápida de la capacidad funcional, una reducción de la discapacidad y la depresión y un aumento de la calidad de vida en el 94% de los pacientes del grupo intervención con respecto al cuidado habitual proporcionado a los pacientes del grupo control. Además, este estudio puso de manifiesto que la mayoría de los pacientes y sus cuidadores prefieren la rehabilitación en el domicilio para estar más cerca de sus familias (19). Asimismo, Bakken et al. (29) también demostraron, en una muestra de 90 pacientes, una asociación de la movilización temprana con una mayor independencia tres meses después del ictus, en comparación con la movilización estándar.

Por otro lado, un ensayo clínico llevado a cabo por Guidetti et al. (26) destaca que el 37% de las personas con ictus perciben como insatisfechas las necesidades de rehabilitación y que la cantidad de cuidado informal es alta, caracterizándose la vida de más de la mitad de los cuidadores por experiencias negativas de restricción y necesidad de alivio, lo que conduce a pensar que una forma de disminuir la carga del cuidador y la dependencia del paciente podría ser centrarse en las intervenciones de rehabilitación para mejorar el funcionamiento en las AVD de las personas con ictus (26). Pero a pesar

de la importancia del papel que los profesionales de enfermería juegan en la rehabilitación de los pacientes que han sufrido un ictus, a menudo estos profesionales no tienen claro cuáles son sus funciones en este proceso (28). Algunas asociaciones han descrito la rehabilitación del ictus como "el proceso de superación o aprendizaje para hacer frente a los daños de un ictus causado. Se trata de volver a la vida normal y lograr un nivel óptimo de independencia para reaprender las habilidades y capacidades, adaptándose a algunas limitaciones y buscando apoyo social, emocional y práctico" (28). Sin embargo, esta descripción no explica cómo es este proceso o cómo se puede llevar a cabo.

Según Kerr (28), aunque las funciones de las enfermeras/os relacionadas con la rehabilitación de las personas en general, se pueden extrapolar a la rehabilitación del ictus, su diversidad hace difícil establecer el papel concreto de los profesionales de enfermería, lo que interfiere en el conocimiento y el desarrollo de las habilidades necesarias para brindar un cuidado integral durante este proceso (28). Sin embargo, Kerr también afirma que "la presencia continua de los profesionales de enfermería en todo el proceso de rehabilitación les otorga una posición ideal para establecer una relación terapéutica con los pacientes y evaluar el progreso y la efectividad de las intervenciones" (28). Por ello, parece importante el asesoramiento de las enfermeras/os que trabajan con las personas que han sufrido un ictus y sus familias, para desarrollar una cultura basada en la evidencia, que podría llevar a una mayor calidad de los cuidados y a la obtención de mejores resultados para los pacientes (28). De esta manera, se ha demostrado que un programa de educación para los profesionales de enfermería que ejercen la rehabilitación del ictus, mejoró su eficacia y su interacción con los pacientes en la práctica terapéutica (28).

Además, es esencial en la rehabilitación de los pacientes con ictus que las enfermeras/os posean un conocimiento adecuado de otras disciplinas, lo que promueve el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados, pudiendo tener un efecto positivo en los resultados de los pacientes. El papel coordinador que la enfermera/o desempeña en la rehabilitación del ictus, para la puesta en práctica de los programas de rehabilitación individualizados y la puesta en común de los avances entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar, el paciente y sus cuidadores, requiere excelentes habilidades de comunicación, de enlace y de planificación (28) y esto "les permite ser vistos como un

elemento de unión para el sostenimiento de la visión holística del cuidado proporcionado por todos los miembros del equipo multidisciplinar” (28).

Programas para mejorar la auto-eficacia

Existe una evidencia creciente de que las intervenciones para mejorar la auto-eficacia de las personas que han sufrido un ictus, influyen sustancialmente en la gestión de su enfermedad, por lo que los profesionales de enfermería deberían desarrollarlas (30,31).

La auto-eficacia, base de muchos programas de autocuidado, es un término introducido por Bandura como piedra angular de su Teoría del Aprendizaje Social, que se ha definido como "las creencias que tienen las personas acerca de sus capacidades para producir los niveles establecidos de rendimiento, que ejercen influencia sobre los acontecimientos que afectan a sus vidas" (31). Estas creencias pueden determinar cómo sienten las personas, cómo piensan y de qué manera se motivan a sí mismas y se comportan con respecto a su salud. Todo ello, mediante la determinación de los objetivos que ellas mismas establecen, la cantidad de esfuerzo que invierten en el logro de esos objetivos y su capacidad de recuperación ante las dificultades o el fracaso (26,31). Así, Korpershoek et al. (30) han concluido que los pacientes que poseen un alto grado de auto-eficacia tienen una mejor capacidad funcional para la realización de las AVD, ya que el uso de esta herramienta puede ayudarles a tener más control sobre aspectos importantes de su enfermedad.

La auto-eficacia se asocia significativamente con la movilidad, el equilibrio, las alteraciones motoras y la capacidad para caminar, subir escaleras y levantarse de la silla. Por ello, los profesionales de enfermería desde la posición aventajada que les ofrece su condición de proveedores continuos de cuidados, deben considerarla como un aspecto importante a tener en cuenta en el cuidado diario y en la rehabilitación de los pacientes con ictus en los diferentes centros de atención, tales como hospitales, hogares de ancianos y centros de rehabilitación así como en el domicilio (30).

Sin embargo, la realidad es que se ha visto que las enfermeras/os emplean poco tiempo en la aplicación de intervenciones terapéuticas para los pacientes con ictus, observándose en una revisión sistemática (30) un tiempo de inactividad de estos profesionales igual al 60%. Además, el problema radica en que, a pesar de la importancia que el papel de las enfermeras/os tiene en la rehabilitación del ictus, la

auto-eficacia no se ha integrado en sus funciones porque a menudo se centran en el cuidado físico y técnico dejando a un lado la atención psicológica (30).

Por tanto, si bien es responsabilidad de estos profesionales ayudar y entrenar a los pacientes en la movilidad y en las AVD así como aplicar intervenciones terapéuticas para prevenir la depresión y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, también deben ayudarles a aprender a retomar el control de las deficiencias, así como mejorar sus perspectivas de futuro. Para ello, la auto-eficacia es una herramienta que influye positivamente, y a su vez, en la capacidad para el aprendizaje, ya que proporciona a los pacientes confianza en su propia capacidad (30).

En este sentido, hay evidencia sobre los beneficios que se derivan de los programas de auto-gestión basados en la auto-eficacia. Se sabe, por ejemplo, que aumentan la calidad de vida, reducen el aislamiento social y palian algunas de las consecuencias negativas del ictus. Sin embargo, aún no está claro cuál es la mejor manera de llevar a cabo estas intervenciones para los pacientes con ictus (31). De igual manera, los programas de autocuidado, que nada tienen que ver con la simple educación del paciente o el entrenamiento de habilidades, han tenido un creciente interés desde hace dos décadas ya que están diseñados para animar a la gente que tiene enfermedades crónicas a tomar parte activa en la gestión de su propia enfermedad (26,31,32). Estas intervenciones de autocuidado centradas en el paciente, parecen prometedoras para la recuperación del mismo después de un ictus (26). Un ejemplo de programa actual de autocuidado, es el Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas (Chronic Disease Self Management Program) desarrollado por Lorig y Holman en la Universidad de Stanford, California, que se basa en modelos teóricos de comportamiento e incorpora los principios de auto-eficacia (31).

Lennon et al. (32) apoyan la potencial importancia de las intervenciones de auto-gestión después del ictus en su revisión sistemática, pero afirman que queda por determinar cuál es el contenido más adecuado y el mejor enfoque para la realización de estas intervenciones, así como muchas cuestiones por conocer como el contenido óptimo, el tiempo, el modo de llevarlas a cabo, los resultados previstos y los mecanismos de cambio en las intervenciones de auto-gestión. Esta revisión pone en tela de juicio la existencia de un programa óptimo y concluye que se necesita más investigación para probar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de los programas de autocuidado propuestos a la población con ictus (32).

Las Guías de Práctica Clínica Nacionales del Reino Unido para el ictus defienden que a todos los pacientes se les debería ofrecer formación en habilidades de autocuidado, incluyendo una resolución activa de problemas y estableciendo unos objetivos individualizados (32).

2. ATENCIÓN EMOCIONAL AL PACIENTE CON ICTUS

El ictus no sólo tiene consecuencias a nivel físico, sino que afecta de manera sustancial al área emocional del paciente (10), siendo muy frecuentes los cuadros de depresión, que a veces son infradiagnosticados y escasamente reconocidos por los profesionales de enfermería, ya que aunque saben identificar los síntomas no utilizan las herramientas adecuadas para su correcta valoración (33,34).

Debido a la alta prevalencia (20-65%) de la depresión post-ictus y su fuerte asociación con la disminución de la capacidad funcional y psicosocial, factores que afectan seriamente tanto a las habilidades cognitivas como a la recuperación funcional y a la calidad de vida de las personas y que, por tanto, reducen significativamente la tasa de recuperación y aumentan la morbilidad así como la posibilidad de recurrencia (10,16,27,34-36), es muy útil el uso de escalas estandarizadas como la Escala de Depresión de Hamilton, el Índice de Beck y la Geriatric Depression Scale o Escala de Depresión Geriátrica, con el fin de detectar precozmente los síntomas depresivos e instaurar su tratamiento (16).

Reacción psicológica vs alteración de la función neuronal

Algunas hipótesis intentan explicar el origen de la depresión post-ictus. Una de ellas, basada en la teoría “dosis-efecto”, considera los síntomas depresivos como una reacción psicológica que experimenta el paciente ante la incapacidad para hacer frente de manera efectiva a sus limitaciones funcionales y/o sociales, de manera que a mayor limitación, mayor gravedad de los síntomas depresivos (16). Sin embargo, una hipótesis biológica supone que la depresión post-ictus tiene su origen en una alteración de la función neuronal que se produce como consecuencia del ictus (16). López-Espuela et al. (16) también postulan que parece existir un mecanismo dinámico de la depresión post-ictus. Así, en la fase aguda de la enfermedad, la depresión puede determinarse por una disminución de los neurotransmisores, mientras que en la fase crónica podría tener un

carácter reactivo determinado por factores psicosociales. También se ha demostrado que la reducción en la capacidad para la realización de las AVD está asociada con la depresión y con una pobre satisfacción en la calidad de vida de las personas con ictus y sus familias (26,27). En este sentido, diversos autores plantean que se debería prestar atención a la rehabilitación para ayudar a los pacientes a recuperar la independencia funcional lo antes posible, con el fin de mejorar su calidad de vida y reducir las probabilidades de desarrollar una depresión post-ictus (27,36).

Educación al paciente/familia en el cuidado emocional

Una de las consecuencias que tienen los pacientes que han sufrido un ictus y sus cuidadores, es que no sólo tienen que controlar los síntomas físicos, sino también los que pueden alertar sobre un trastorno psicológico (34). Por ello, es fundamental que el personal de enfermería se ocupe de educar al paciente y a su familia, lo que va a tener una gran influencia en la manera de afrontar y adaptarse a la enfermedad, mejorando la calidad de vida y los problemas a largo plazo (37).

Una medida importante que los profesionales de enfermería deben adoptar para ayudar a los pacientes y a sus cuidadores a identificar los síntomas de la depresión post-ictus consiste en explicarles que estos síntomas sólo pueden ser indicativos de depresión cuando se presentan junto con otros síntomas depresivos, ya que ningún síntoma individualmente determina la depresión, y que es necesaria una correcta evaluación de la razón que subyace al síntoma. Es decir, depresión vs problemas en la toma de decisiones con respecto al ictus. Además, conviene aclararles también ideas erróneas como que la pérdida de cabello es un síntoma depresivo (34).

Sin embargo, en su estudio descriptivo, Klinedinst et al. (34) concluyen que de una muestra de 44 pacientes con ictus y sus cuidadores informales, el 75% de los pacientes no recuerda haber recibido ningún material escrito sobre la depresión post-ictus durante la fase aguda o de rehabilitación y afirman que, aunque pacientes y cuidadores tienen un conocimiento moderado de los síntomas depresivos, los participantes reconocen la necesidad de una información adicional que les aclare diversos aspectos de la enfermedad, como son la dificultad para recordar las cosas, los sentimientos de culpa e inutilidad, la dificultad para concentrarse, la dificultad para tomar decisiones y el

pensamiento sobre la muerte; manifestaciones, todas ellas, que contribuyen al desarrollo de la depresión post-ictus (34).

Puesto que la educación sobre los síntomas de la depresión es una función clave de los profesionales de enfermería, una estrategia eficaz de educación en este sentido tiene que ver con la distribución de información escrita que el paciente y su cuidador puedan revisar en su tiempo libre, junto con una explicación detallada por parte de estos profesionales (34). Estos materiales educativos deben incluir información sobre 1) los signos y síntomas de la depresión post-ictus, 2) el hecho de que los síntomas deben ser examinados en su conjunto, que uno o dos síntomas de depresión pueden tener otras causas relacionadas con el ictus, 3) la causa, las consecuencias y la cronología de los síntomas y 4) las opciones, la disponibilidad y los beneficios del tratamiento para la depresión post-ictus (34).

Otra recomendación para los profesionales de enfermería es que deben asegurarse de leer cualquier material escrito en voz alta en el caso de que el paciente o su cuidador tengan dificultades para hacerlo por sí solos. Además, la enfermera/o debe explicar que los síntomas de la depresión post-ictus pueden presentarse después de que el paciente ha dejado el centro de rehabilitación (34).

Para enfatizar estas afirmaciones sobre la necesidad de educar a pacientes y cuidadores acerca de la depresión post-ictus, las recientes directrices relativas a la rehabilitación del ictus recomiendan que las enfermeras/os evalúen los síntomas depresivos de los pacientes, consulten a un psiquiatra o neuropsicólogo sobre aquellos que están en riesgo de depresión y eduquen a los pacientes y a los miembros de su familia sobre las opciones de tratamiento relativas a la depresión post-ictus (34).

Como el ictus también afecta a las familias y debido a que existe una prevalencia muy elevada de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en los cuidadores informales (37), las estrategias de continuidad en los cuidados buscan favorecer su asistencia. Tanta importancia tiene formarles para facilitar las transferencias cama-silla o prevenir las posibles complicaciones del ictus como prepararles en estrategias de adaptación y afrontamiento ante los déficits motor, cognitivo y emocional del paciente y ante su propia sobrecarga y ansiedad. Según afirman Loupis y Faux (37), una manera eficaz de reducir el estrés que experimentan los cuidadores, consiste en aumentar la comunicación con los miembros del equipo multidisciplinar.

Debido a su proximidad con los pacientes en la fase aguda y de rehabilitación del ictus, los profesionales de enfermería están en una posición única para evaluar y educar tanto a los pacientes como a los miembros de su familia acerca de la depresión post-ictus, aclarando a su vez conceptos erróneos. A través de la educación de pacientes y familias, las enfermeras/os tienen el potencial de crear un gran impacto positivo en el estado de ánimo y la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus, bien pasado el tiempo de permanencia en la unidad de agudos (34).

Otros factores que influyen en el área emocional

Además de la depresión, los pacientes con ictus pueden tener sentimientos de angustia, siendo la soledad y la baja satisfacción con su red social factores importantes que contribuyen a la aparición de los trastornos psicológicos a largo plazo (38). Un estudio longitudinal en el que participaron 96 personas que acababan de sufrir un ictus, demostró que la gravedad del ictus fue el predictor más fuerte de la angustia al inicio de la enfermedad, mientras que los factores sociales la predijeron a los tres y seis meses de haberlo sufrido. Asimismo, a partir de los seis meses la angustia vino determinada por los trastornos psicológicos, los sentimientos de soledad y la baja satisfacción con la red social de la persona (38). También se vio que tres meses después del ictus, el 93% de los pacientes con afasia incluidos en el mismo estudio experimentaron una gran angustia, frente al 50% de los que no tenían afasia (38).

Por otro lado, hay pruebas de que una gran cantidad de apoyo al paciente puede ser importante para su recuperación, pero también puede conducir a una protección excesiva y, por tanto, a una baja estimulación (35). Se ha demostrado que en el proceso de la rehabilitación de los pacientes, el apoyo emocional familiar así como su participación en el cuidado, se asocian con una mejoría progresiva, tanto a nivel físico como psicológico (19,37) así como que una buena dinámica familiar mejora los resultados de las personas que sobreviven a un ictus. Por tanto, es importante tener en cuenta no sólo a los pacientes sino también su entorno social (19).

Bakken et al. (29) vieron que, además de ser factores importantes en el proceso de rehabilitación de los pacientes con ictus, tanto el nivel de funcionamiento físico como la capacidad para realizar las AVD, son elementos que se relacionan con factores psicológicos tales como la fatiga, el dolor y los síntomas depresivos. De esta manera, la

fatiga y la depresión pueden influir en la rehabilitación de los pacientes, por el impacto sobre las reservas físicas que se necesitan para participar en los programas de rehabilitación (29). En una muestra de 64 pacientes, un estudio reveló niveles significativos de fatiga en el 48% de ellos, medida mediante la Escala de Gravedad de Fatiga (Fatigue Severity Scale) (39). A pesar de que la fatiga es un problema común después del ictus, hay una falta de conciencia tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales de la salud, siendo pocos los consejos que se dan a los pacientes con este problema (39) y escasa la investigación disponible, que se refleja en la ausencia de recomendaciones específicas para su detección y tratamiento en las directrices clínicas nacionales para el ictus (39).

Además, los resultados de un estudio confirmaron que el 30% de los pacientes con ictus sienten dolor siete días después del inicio de la enfermedad, asociándose con alteraciones del sueño y puntuaciones bajas del Índice de Barthel (29). A su vez, se sabe que un sueño reparador es la forma natural y preferida para recuperar energía, pero en los últimos años parece que se ha prestado poca atención al sueño como un factor clave en la rehabilitación del ictus (29). El estudio de Bakken et al. (29) mostró que la fragmentación del sueño y el aumento de la vigilia durante la noche estaban relacionados con un peor resultado funcional de los pacientes y que la depresión también está asociada con el insomnio que frecuentemente se da en pacientes con ictus. Son necesarios más estudios para investigar si las siestas regulares durante el día como forma de obtención de energía para participar en la rehabilitación, beneficiarán los resultados de los pacientes. Si este es el caso, podrían integrarse en los programas de rehabilitación, lo cual es una intervención fácil y barata de poner en práctica (29). Debido a que todos estos factores pueden influir en la recuperación de los pacientes (29), es importante que los responsables de su cuidado los conozcan para identificarlos, gestionarlos y considerarlos adecuadamente durante la rehabilitación (39).

3. APOYO EDUCATIVO A LA FAMILIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS

Los profesionales de enfermería tienen una importante labor educativa de cara a la familia del paciente con ictus, ya que tras el alta hospitalaria es fundamentalmente ella quien va a encargarse de su cuidado diario. Además, se ha demostrado que los cuidadores tienen una mejor comprensión de la enfermedad que los pacientes, y que los

profesionales de enfermería suponen una fuente principal de información para ellos, considerando la Atención Primaria como el primer punto de contacto para solicitar y recibir información así como para solucionar problemas (33).

La educación proporciona, por un lado, la información necesaria para una adecuada comprensión de la enfermedad, y por otro ofrece ayuda en la toma de decisiones. Además, la educación tiene un papel muy importante en la prevención secundaria del ictus y facilita la auto-gestión exitosa de esta enfermedad crónica (33).

Según Hafsteinsdóttir et al. (33) los pacientes que han sobrevivido a un ictus necesitan información sobre la manera de prevenir un nuevo episodio, los lugares donde pueden obtener más información, las causas del ictus, los factores de riesgo, la recuperación, la definición de ictus, las estrategias para mejorar el desempeño de las AVD, las cuestiones nutricionales y los medicamentos relacionados con la enfermedad. Los cuidadores, además, también necesitan ser educados sobre aspectos relacionados con el cuidado físico, el movimiento y los ejercicios (33). Pero ambos, pacientes y cuidadores, necesitan educación sobre cuestiones relacionadas principalmente con los problemas emocionales y psicosociales que pueden aparecer después de un ictus y manifiestan una falta de información en este sentido (33). Otro aspecto importante a tener en cuenta respecto a la educación de pacientes y cuidadores es su necesidad de educación relacionada con el cambio experimentado en las relaciones y la sexualidad ya que es común, después de un ictus, la disfunción sexual, con una prevalencia alta en torno al 59%. Sin embargo, una gran cantidad de pacientes y cuidadores no recibe información sobre la manera en que el ictus puede afectar a la actividad sexual (33). Por tanto, estas necesidades educativas insatisfechas pueden dar lugar a ideas erróneas, ansiedad, miedo, mal estado de salud y problemas emocionales como la depresión, además de impedir que muchos cuidadores accedan adecuadamente a los servicios de apoyo (33).

La evidencia disponible sugiere que los métodos que actualmente se utilizan para proporcionar información a los pacientes con ictus y sus cuidadores son ineficaces y susceptibles de mejorar, necesitándose más investigación para el desarrollo de intervenciones educativas (33).

Hafsteinsdóttir et al. (33) afirman que los pacientes con ictus y sus cuidadores necesitan que esta información demandada se proporcione tanto de manera verbal como escrita durante todo el continuo de atención, teniendo en cuenta que el tipo de demanda informativa y el profesional al que va dirigida varían según el momento de la

enfermedad en que se encuentran. La información escrita ofrece un mensaje consistente, ayuda a recordar, aclara la información verbal y puede ser consultada cuando se requiera, por lo que debe ser utilizada como un complemento a la educación verbal (33).

Asimismo, es importante que las enfermeras/os sepan dar la información. En primer lugar, las preguntas deben contestarse con honestidad y los profesionales deben tomarse tiempo para responder, lo que permite a las personas asimilar la información. En segundo lugar, se deben facilitar los programas educativos, ya que mejoran el conocimiento, tienen beneficios sobre la dinámica de la familia y aumentan la satisfacción con los cuidados, y no limitarse exclusivamente a dar folletos informativos (33). Por último, para que la educación sea efectiva es importante proporcionar una información individualizada y adaptada a las demandas de cada caso ya que el ictus afecta de manera diferente a cada persona y, por lo tanto, la información puede diferir (33).

Por todo ello, los profesionales de enfermería deben realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades educativas de cada persona y desarrollar un plan para satisfacerlas tan pronto como sea posible (33).

Debido a la importancia de integrar los conocimientos sobre las necesidades educativas de pacientes y cuidadores en programas específicos de intervención, debería trabajarse para un mayor desarrollo de estos programas de intervención educativa generalizables, que proporcionen información activa. Algunos ejemplos incluyen ordenadores y otros tipos de tecnología utilizada para adaptar la información a las necesidades de los pacientes y cuidadores en cada fase después del ictus (33).

Loupis y Faux (37) califican como exitosas las sesiones de apoyo educativo para familiares cuando se ha comunicado su propósito de manera efectiva, se ha realizado una buena gestión del tiempo y todos los participantes están involucrados en el proceso de toma de decisiones. Proporcionar una intervención activa de resolución de problemas y recursos educativos como medidas preventivas dieron como resultado menos incidentes de depresión y ansiedad entre los cuidadores y un mejor conocimiento en comparación con los grupos control (37).

Sin embargo, hay discrepancia en relación al momento en que se debe proporcionar esta información a los cuidadores. No está claro si es preferible hacerlo justo antes del alta, junto con el seguimiento en Atención Primaria para asegurar la retención de la

información, si sería más eficaz proporcionar la información en todas las etapas de la hospitalización de los pacientes o si las sesiones familiares deberían llevarse a cabo poco tiempo después del ingreso y de nuevo antes del alta para que se realice una planificación completa de los cuidados (37).

Los cuidadores necesitan aprender rápidamente cómo ayudar a los pacientes y al mismo tiempo adaptarse a los cambios bruscos sufridos en sus vidas como consecuencia de la prestación repentina de cuidados, lo que puede crearles incertidumbre y confusión. En este sentido, se ha visto que educar y capacitar a los cuidadores es una intervención que tiene efectos positivos en las actividades de los pacientes, disminuye el riesgo de depresión, mejora la calidad de vida en pacientes y cuidadores y reduce la carga de estos últimos (33).

Ser cuidador de un miembro de la familia que ha sobrevivido a un ictus supone un tiempo de estrés, pérdida y alteración biográfica. Los cuidadores han identificado continuamente la necesidad de una mayor preparación para este nuevo papel y de hecho se ha visto que cuanto mayor es el nivel de preparación menor es el estrés. Los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud son a menudo los únicos recursos disponibles para los familiares cuidadores que luchan para adaptarse y prepararse para los desafíos de llevarse a casa un ser querido que acaba de sobrevivir a un ictus. Una forma de iniciar este proceso es involucrar proactivamente a las familias y empezar a verlas como los siguientes proveedores de cuidados a lo largo del *continuum*. (40).

Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los cuidadores a ser conscientes de su papel en la rehabilitación de los pacientes con ictus, enseñándoles a reconocer sus propias contribuciones y habilidades (41). La necesidad de educación para los cuidadores puede ser particularmente importante para los que atienden a pacientes con problemas de deterioro funcional y de comunicación. Por lo tanto, los profesionales de enfermería y otros profesionales del equipo multidisciplinar deben asegurarse de reunir información sobre el estado de ánimo del paciente y del cuidador para realizar una evaluación más completa (34). Una correcta evaluación sobre las necesidades de los cuidadores, proporcionaría a los profesionales una guía para las intervenciones adecuadas que apoyen a los cuidadores. Ayudar a los cuidadores a desarrollar habilidades no sólo prácticas, sino también cognitivas y conductuales, puede aumentar la confianza en su propia capacidad para hacer frente a las situaciones complejas y a

veces difíciles. La identificación de sus propias estrategias de afrontamiento puede animarles a valorar positivamente sus propios recursos de cuidado (41).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El ictus representa un problema socio-sanitario de gran magnitud, principalmente en los países desarrollados, siendo una de las primeras causas de mortalidad y de discapacidad y ocasionando un gran impacto personal, familiar, sanitario, social y laboral (1,2,5).

El Sistema Nacional de Salud español, al considerar el ictus como un problema de salud pública de primer orden y con el propósito de mejorar y homogeneizar la atención a los pacientes y sus familias, desarrolló en 2009 la Estrategia en Ictus, cuyo fin es garantizar, desde el inicio y con un plan integral de actuaciones multidisciplinares, la máxima recuperación del paciente (2).

La rehabilitación del paciente con un ictus establecido es un proceso complejo que requiere adoptar precozmente medidas terapéuticas, lo que ha dado lugar al desarrollo de distintas herramientas para facilitar el abordaje de los pacientes principalmente durante la fase aguda, ya que es en las unidades de hospitalización donde se debe iniciar la labor educativa dirigida a pacientes y, especialmente, a familiares y cuidadores (8,12).

Sin embargo, una vez planteada el alta hospitalaria, cobran especial importancia los cuidados de transición, encaminados a asegurar la reincorporación de los pacientes a su entorno habitual y a ayudar a las familias a adaptarse a la nueva situación de salud. En este sentido, la anteriormente mencionada Estrategia en Ictus aconseja que en el informe de enfermería al alta del paciente, se establezcan las recomendaciones necesarias para garantizar la continuidad de los cuidados (2). El informe de enfermería al alta es, por tanto, un instrumento que permite la coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria y su contenido debe ser el punto de partida para la planificación del seguimiento del paciente y su familia en Atención Primaria (8).

Asimismo, parece fundamental documentar los cuidados ya que un plan de cuidados escrito es una herramienta de comunicación que facilita la coordinación entre los profesionales (22,23). Si bien es verdad que la mayor parte de los autores coinciden en que la continuidad de cuidados exige una documentación estructurada, también señalan

que existen pocos estudios relacionados con este aspecto y que los hallazgos encontrados en las investigaciones realizadas, evidencian que los planes de cuidados no estaban correctamente estructurados y no contenían información suficiente en relación con las dificultades de los pacientes. Por todo ello, parece importante avanzar en el desarrollo de la estandarización de la documentación, así como en el uso de los lenguajes enfermeros, con el fin de brindar unos cuidados seguros y de calidad.

Dentro del equipo de salud, la labor de la enfermera/o comunitaria/o es ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable en su autocuidado, ayudando al paciente a conseguir la mayor independencia en la realización de las AVD, proporcionándole soporte emocional y educando a la familia para que desarrolle las habilidades necesarias para afrontar la nueva situación de salud.

En estas tres áreas, que son objeto de esta revisión narrativa, gran parte de la literatura consultada destaca la importancia de la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria y propone como estrategia favorecedora de este proceso la figura de la enfermera/o de enlace como gestora de los cuidados (16,18). La enfermera/o de enlace se encarga de ofrecer un entorno centrado en el paciente y no en la enfermedad, promoviendo su independencia para la recuperación de su capacidad funcional y su reincorporación a la comunidad, animando a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes (1).

Otro elemento clave que es necesario potenciar es el desarrollo de la atención domiciliaria, ya que el domicilio es el lugar donde los pacientes y sus familias pueden mantener el control de su cuidado. Permanecer en su entorno mejora su bienestar y aumenta su calidad de vida (18).

Por tanto, es en el entorno domiciliario donde las personas que han sobrevivido a un ictus tienen como principal reto la adaptación a las AVD (18). Sin embargo, existen múltiples factores que interfieren en esta adaptación, como son las alteraciones cognitivas, la disfagia, la afasia, la depresión post-ictus y la incontinencia urinaria, que obstaculizan la realización de las actividades en la vida cotidiana pero que afectan también a la propia imagen y a la reincorporación social, suponiendo un importante riesgo de padecer complicaciones.

Los programas de seguimiento domiciliario suponen una gran oportunidad para tratar los problemas no resueltos durante la fase aguda del ictus (20). Sin embargo, la

literatura informa que los cuidados están fragmentados y hay poca evidencia sobre el conocimiento de su eficacia, además de que no se ha abordado hasta el momento el tratamiento multidisciplinar y holístico que la rehabilitación de estos pacientes requiere. Por tanto, sería importante profundizar en el trabajo en equipo con un enfoque integral del binomio paciente-familia.

La presencia continua de los profesionales de enfermería en todo el proceso de rehabilitación, otorga una posición ideal para establecer una relación terapéutica con el paciente y su familia, así como para garantizar la efectividad de las intervenciones (28). Sin embargo, la diversidad de criterios adoptados hace difícil establecer el papel concreto de los profesionales de enfermería, por lo que es importante desarrollar una cultura basada en la evidencia que podría llevar a una mayor calidad de los cuidados y a la obtención de mejores resultados para los pacientes.

Diversos autores coinciden en afirmar que las intervenciones para mejorar la autoeficacia de las personas que han sufrido un ictus, influyen sustancialmente en la gestión de su enfermedad (30,31). No obstante, la realidad demuestra que el tiempo empleado por las enfermeras/os en la aplicación de estas intervenciones terapéuticas es, en algunos casos, insuficiente y, en otros, no se ha integrado en sus funciones debido a que a menudo se centran en el cuidado físico, descuidando el área psicológica (30). Por ello, se hace necesario seguir investigando para evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de programas de autocuidado dirigidos a estos pacientes.

El ictus no sólo tiene consecuencias a nivel físico sino que afecta de manera significativa al área emocional del paciente (10), destacando como principal alteración la depresión post-ictus y su fuerte asociación con la disminución de la capacidad funcional (10,16,27,34). Resulta fundamental que los profesionales de enfermería eduquen a los pacientes y a la familia sobre los síntomas depresivos, ayudándoles a afrontar y a adaptarse a la enfermedad. Sin embargo, los estudios encontrados apuntan a la dificultad de las enfermeras/os para evaluar la esfera emocional y para llevar a cabo el proceso educativo con los pacientes y sus familias, por lo que sigue siendo necesario potenciar la figura de la enfermera/o como educadora.

Para que la educación sea efectiva es importante proporcionar una información individualizada y adaptada a las demandas de cada caso (34). Una forma de iniciar el proceso educativo es involucrar proactivamente a las familias y empezar a verlas como los siguientes proveedores de cuidados a lo largo de un continuo.

Este trabajo ha pretendido aportar una primera aproximación a los cuidados de transición que actualmente se llevan a cabo con los pacientes y familiares que han sufrido un ictus. Sin embargo, debido a la extensa literatura disponible en relación con este tema, se ha decidido acotar los resultados a tres áreas de especial importancia para la reincorporación de las personas a su vida cotidiana y donde se ha considerado que la enfermera/o tiene el potencial de crear un gran impacto positivo en el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Tébar AH, Sánchez XP. Atención domiciliaria a pacientes con ictus. *Jano: Medicina y humanidades* 2007(1636):36-39.
- (2) Matías J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad Y Política Social. 2009; [Acceso el 17 de febrero de 2014]. Disponible en: www.msssi.gob.es/.../sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf
- (3) Mar J, Alvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado M, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología* 2013;28(6):332-339.
- (4) Mateos V. Urgencias neurológicas. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2010.
- (5) Federación Española de Ictus. Dossier de comunicación. Día Mundial del Ictus. 2013; [Acceso el 15 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.diamundialdelictus.org/prensa/dossier_fei_dm.pdf
- (6) Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2008. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2006/15; [Acceso el 15 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.sen.es/pdf/2009/gpc_ictus_2008.pdf
- (7) Samuels M, Ropper A. Accidente cerebrovascular y trastornos cerebrovasculares. Manual de terapéutica neurológica de Samuels. 8ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2011. p. 373.
- (8) Smith W, English J, Johnston S. Enfermedades cerebrovasculares. In: De León Fraga J, editor. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2012. p. 3270.
- (9) Couto-Fernández D, Núñez AP. Accidente Isquémico Transitorio: la gran oportunidad. *Galicia Clínica* 2013;74(3):104-105.
- (10) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. 2009; [Acceso el 16 de abril de 2014]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142623036433&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

(11) Martínez-Sánchez P, Fuentes B, Medina-Báez J, Grande M, Llorente C, Parrilla P, et al. Implantación de una vía clínica para la atención del ictus agudo en un hospital con unidad de ictus. *Neurología* 2010;25(1):17-26.

(12) de Valdecilla M. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. *Nuberos* 2012:60.

(13) Rodríguez E, Domínguez A, García P, García S, Núñez R, Sánchez C. Desarrollo del programa de educación sanitaria del Ictus agudo en el Hospital del Mar De Barcelona. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica* 2011;2011(33):21-24.

(14) Pérez C, Sala R. Repercusiones de las enfermedades neurológicas. Repercusiones en la familia. In: Suñer Soler R, editor. *Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados*. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; 2.005. p. 46-47.

(15) Angarita OMV, Escobar DSG. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado* 2007;4(4):28-35.

(16) del Valle M. *Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2012; [Acceso el 3 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.sedene.com/revista-de-sedene/>

(17) Suñer R. *Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados*. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; 2005.

(18) Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad. 2013; [Acceso el 3 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.semap.org/index.html>

(19) Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: a randomized controlled trial. *Clin Neurol Neurosurg* 2012 Sep;114(7):866-870.

(20) Prvu Bettger J, Alexander KP, Dolor RJ, Olson DM, Kendrick AS, Wing L, et al. Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012 Sep 18;157(6):407-416.

- (21) Carod-Artal F. Neurorrehabilitación y continuidad en los cuidados tras el ictus. *Neurología* 2011;26(03):190.
- (22) Philp I, Brainin M, Walker MF, Ward AB, Gillard P, Shields AL, et al. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013 Oct;22(7):e173-80.
- (23) Carlsson E, Ehnfors M, Ehrenberg A. Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *J Interprof Care* 2010 May;24(3):298-310.
- (24) Díaz López A, Guzmán Carrasco P, Guzmán Carrasco R, Bellido Blanco N., Guzmán Carrasco A. Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus. *NURE Inv [Internet]* 2012;7 de Mayo de 2014.
- (25) Jenkinson PM, Preston C, Ellis SJ. Unawareness after stroke: a review and practical guide to understanding, assessing, and managing anosognosia for hemiplegia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2011 Dec;33(10):1079-1093.
- (26) Guidetti S, Andersson K, Andersson M, Tham K, Von Koch L. Client-centred self-care intervention after stroke: a feasibility study. *Scand J Occup Ther* 2010 Dec;17(4):276-285.
- (27) Brown C, Hasson H, Thyselius V, Almborg AH. Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. *Acta Neurol Scand* 2012 Jul;126(1):45-51.
- (28) Kerr P. Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nurs Stand* 2012 Sep 5-11;27(1):35-39.
- (29) Bakken LN. Stroke patients' functions in personal activities of daily living in relation to sleep and socio-demographic and clinical variables in the acute phase after first-time stroke and at six months of follow-up. *J Clin Nurs* 2012 -07-01;21(13/14):1886; 1886-1895; 1895.
- (30) Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *J Adv Nurs* 2011 Sep;67(9):1876-1894.
- (31) Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2011;33(10):797-810.

- (32) Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clin Rehabil* 2013 Oct;27(10):867-878.
- (33) Hafsteinsdottir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 2011 Oct;85(1):14-25.
- (34) Klinedinst NJ, Dunbar SB, Clark PC. Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms. *J Neurosci Nurs* 2012 Apr;44(2):72-81.
- (35) Zalihic A, Markotic V, Mabic M, Cerni-Obrdalj E, Zalihic D, Pivic G, et al. Differences in quality of life after stroke and myocardial infarction. *Psychiatr Danub* 2010 Jun;22(2):241-248.
- (36) Castellanos Pinedo F, Hernandez Perez JM, Zurdo M, Rodriguez Funez B, Garcia Fernandez C, Cueli Rincon B, et al. Psychopathological disorders and quality of life in patients with brain infarction. *Neurologia* 2012 Mar;27(2):76-82.
- (37) Loupis YM, Faux SG. Family conferences in stroke rehabilitation: a literature review. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013 Aug;22(6):883-893.
- (38) Hilari K, Northcott S, Roy P, Marshall J, Wiggins RD, Chataway J, et al. Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clin Rehabil* 2010 Feb;24(2):181-190.
- (39) Crosby GA. Fatigue after stroke: frequency and effect on daily life. *Disabil Rehabil* 2012 -04-15;34(8):633; 633-637; 637.
- (40) Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Ford A, Martz C. The impact of interactions with providers on stroke caregivers' needs. *Rehabil Nurs* 2013 Mar-Apr;38(2):88-98.
- (41) Mackenzie A, Greenwood N. Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2012;34(17):1413-1422.

ANEXO I: Artículos seleccionados

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Carlsson E, Ehnfors M y Ehrenberg A.	2010 Suecia	Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties	Descriptivo Retrospectivo n=59 pacientes	Las dificultades relacionadas con la alimentación después de haber sufrido un ictus son comunes y pueden suponer un importante riesgo para la salud de las personas y perjudicar su capacidad funcional, la vida social y su propia imagen. De ahí la importancia de, por un lado, realizar un registro adecuado de los cuidados multidisciplinarios y, por otro, llevar a cabo una correcta transferencia de la información escrita entre los profesionales para asegurar una continuidad de los cuidados.
Zalihić A, Markotić V, Mabić M, Černi-Obrdalj M, Zalihić D, Pivić G y Ostojić Lj.	2010 Croacia	Differences in quality of life after stroke and myocardial infarction	Transversal n=378 pacientes	Los principales factores que reducen la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ictus y que influyen negativamente en su recuperación son el desarrollo de la depresión/ansiedad post-ictus, la edad y el nivel de educación.
Chaiyawata P y Kulkantrakornb K.	2012 Tailandia	Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: A randomized controlled trial	Prospectivo Controlado Aleatorio n=60 pacientes	El desarrollo de un programa de rehabilitación temprana en el domicilio de los pacientes durante los primeros seis meses después de haber sufrido un ictus demostró una mejoría más rápida de la capacidad funcional, una reducción de la discapacidad y un aumento de la calidad de vida con respecto al cuidado habitual proporcionado a los pacientes del grupo control.

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Castellanos F, Hernández Pérez J.M., Zurdo M, Rodríguez B, García C, Cueli B, Hernández Bayo J.M., Bejarano M y Rodríguez M.	2011 España	Trastornos psicopatológicos y calidad de vida en el infarto cerebral	Observacional Prospectivo n=45 pacientes	Los trastornos psicopatológicos y la situación funcional de los pacientes que han sufrido un ictus, son determinantes principales de la calidad de vida relacionada con la salud.
Philp I, Brainin M, Walker M.F., Ward A.B., Gillard P, Shields A.L. y Norrving B.	2013 Reino Unido	Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors	Documento de consenso de expertos	El cuidado a largo plazo para pacientes que han sufrido un ictus carece de evidencia. El desarrollo de una lista de control puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar los problemas que aparecen después del ictus que son susceptibles de tratamiento. Las áreas problemáticas más valoradas por los expertos en ictus son: la prevención secundaria, las actividades de la vida diaria, la movilidad, la espasticidad, el dolor, la incontinencia, la comunicación, el estado de ánimo, la cognición, la vida después del ictus y la relación con el cuidador.
Hafsteinsdóttir T.B., Vergunst M, Lindeman E y Schuurmans M,	Irlanda 2011	Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature	Revisión sistemática n=21 artículos	Los pacientes que han sufrido un ictus y sus cuidadores tienen muchas necesidades educativas insatisfechas. Los resultados sugieren que la educación sobre diversos aspectos específicos de la fase de recuperación del ictus es susceptible de mejorar, pudiendo utilizarse estos resultados para el desarrollo de intervenciones educativas.

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Loupis Y.M. and Faux S.G.	Sydney 2013	Family Conferences in Stroke Rehabilitation: A Literature Review	Revisión de la literatura n=23 artículos	Las sesiones dirigidas a familiares en la fase aguda del ictus son importantes y beneficiosas para mejorar la comunicación entre los pacientes, los familiares y el equipo multidisciplinario, ya que proporcionan información sobre el progreso y los resultados terapéuticos y facilitan la resolución de problemas. Sin embargo, los resultados de esta revisión sugieren que los pacientes y sus familias necesitan apoyo e información adicional más allá de lo que está previsto y que se pueden mejorar las intervenciones en este sentido.
Korpershoek C, Van der Bijl J y Hafsteinsdóttir T.B.	Países Bajos 2011	Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review	Revisión sistemática n=17 artículos	Tras sufrir un ictus, los pacientes que tienen un alto grado de auto-eficacia presentan una mejor capacidad funcional para la realización de las actividades de la vida diaria. Los profesionales de enfermería pueden desarrollar y adaptar las intervenciones de auto-eficacia para la práctica clínica de las personas con ictus. Por tanto, parece necesario hacer hincapié en el papel de la auto-eficacia respecto al cuidado de pacientes con ictus en la práctica clínica así como en el plan de estudios de enfermería.
Creasy K.R., Lutz B.J., Young M.E., Ford A y Martz C.	Estados Unidos 2013	The Impact of Interactions with Providers on Stroke Caregivers' Needs	Cualitativo (método de la teoría fundamentada) n=17 cuidadores informales	Los cuidadores de los pacientes con ictus quieren comprometerse activamente con los proveedores de cuidados durante la rehabilitación hospitalaria y describen las interacciones con los profesionales como un continuo que va desde la colaboración a la desconexión y una serie de estrategias para mejorar la interacción, que debería ser individualizada a las necesidades específicas de cada persona. Estas experiencias influyen en la preparación de los cuidadores, cuya capacidad para el cuidado debe ser periódicamente evaluada.

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Klinedinst N.J., Dunbar S.B. y Clark P.C.	Estados Unidos 2013	Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms	Descriptivo transversal n=44 pacientes y sus cuidadores informales	La educación sobre los síntomas post-ictus es una función clave de los profesionales de enfermería ya que, dada su proximidad con los pacientes en las fases aguda y de rehabilitación del ictus, están en una posición única para evaluarlos y educarlos, aclarando conceptos erróneos. Además, a través de la educación, estos profesionales tienen el potencial de crear un gran impacto positivo en el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes a largo plazo.
Jenkinson P.M., Preston C y Ellis S.J.	Reino Unido 2011	Unawareness after stroke: A review and practical guide to understanding, assessing, and managing anosognosia for hemiplegia	Revisión narrativa	La anosognosia está relacionada con una mala rehabilitación y un peor pronóstico del ictus. Esta revisión narrativa ofrece una guía para clínicos y académicos para la comprensión, evaluación y gestión de la anosognosia. Sugiere que la anosognosia es un trastorno multifacético, con diversos orígenes neuroanatómicos y psicopatológicos. La evaluación debe medir varios aspectos de la conciencia y la gestión debe ser multidimensional para hacer frente a problemas de la función motora, la conciencia, y la perturbación emocional/motivacional.
Hilari K, Northcott S, Roy P, Marshall J, Wiggins R.D., Chataway J y Ames D.	Reino Unido 2010	Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months	Observacional Longitudinal Prospectivo n=96 pacientes	El objetivo del estudio es explorar los factores que predicen los trastornos psicológicos en los primeros seis meses después del ictus en una muestra que incluye personas con afasia, resultando que los factores que contribuyen a la angustia tras un ictus varían a través del tiempo. La soledad y la baja satisfacción con la red social de cada persona son especialmente determinantes y contribuyen a los trastornos psicológicos a largo plazo.

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Guidetti S, Andersson K, Andersson M, Tham K y Von Koch L.	Suecia 2010	Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study	Estudio Controlado Aleatorio n=40 pacientes	La intervención de autocuidado centrada en el paciente parece una medida prometedora para la reconquista de la autonomía después del ictus.
Lennon S, McKenna S y Jones F.	Australia y Reino Unido 2013	Self-management programmes for people post stroke: a systematic review	Revisión sistemática n=15 estudios	Esta revisión examina la evidencia de los programas de autogestión específicos para pacientes que han sobrevivido a un ictus, concluyendo que el contenido más adecuado y el mejor enfoque para la puesta en marcha de las intervenciones queda por determinar, necesitando, además, ensayos aleatorios controlados de alta calidad para probar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de los programas de autocuidado en el ictus.
Jones F y Riazi A.	Reino Unido 2011	Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review	Revisión sistemática n=22 artículos	Esta revisión concluye que los investigadores necesitan trabajar junto con otras partes interesadas para desarrollar y probar intervenciones que pueden apoyar las habilidades de auto-gestión y la confianza para que se continúe avanzando en la fase crónica de un ictus, lo que podría ayudar a reducir algunas de las consecuencias negativas de esta enfermedad, como una menor calidad de vida y el aislamiento social.

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Brown C, Hasson H, Thyselius V y Almborg A.H.	Suecia 2011	Post-stroke depression and functional independence: a conundrum	Prospectivo Longitudinal n=181 pacientes	Las diferencias encontradas en los niveles de depresión entre las personas con una independencia funcional más baja después de haber sufrido un ictus en comparación con los más independientes en las actividades básicas de la vida diaria, plantean que se debería prestar atención a la rehabilitación terapéutica para los pacientes con ictus con el fin de ayudarles a recuperar lo antes posible la independencia funcional y con ello mejorar su calidad de vida y reducir las probabilidades de desarrollar una depresión post ictus.
Kerr P.	Escocia 2012	Stroke rehabilitation and discharge planning	Monografía	Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en la rehabilitación y en el proceso de planificación del alta de los pacientes que han sufrido un ictus. En el equipo multidisciplinario, las enfermeras y los enfermeros pueden tener dificultades para describir tanto su función como la forma en que se integran en el proceso de planificación del alta y en la rehabilitación.
Prvu J, Alexander K, Doior R, Olson D, Kendrick A, Wing L, Coeytaux R, Graffagnino C y Duncan P.	Estados Unidos 2012	Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction	Revisión sistemática n=44 estudios	La evidencia disponible muestra que el cuidado de transición iniciado en el hospital puede mejorar algunos resultados en los adultos hospitalizados por ictus. Encontrar intervenciones adicionales de cuidados de transición que mejoran los resultados funcionales y previenen rehospitalizaciones y eventos adversos, es una alta prioridad para la creciente población de pacientes que tienen un ictus.

AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Mackenzie A y Greenwood N.	Reino Unido 2012	Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review	Revisión sistemática n=9 estudios	Los cuidadores fueron capaces de identificar experiencias positivas de la prestación de cuidados proporcionando una visión más equilibrada de su papel. Ayudar a los cuidadores a identificar sus propias experiencias positivas les anima a manejar su situación. Se necesita una investigación longitudinal para el seguimiento de los cambios y las influencias positivas en el cuidado.
Bakken L, Kim H, Finset A y Lerdal A.	Noruega 2011	Stroke patients' functions in personal activities of daily living in relation to sleep and socio-demographic and clinical variables in the acute phase after first-time stroke and at six months of follow-up	Prospectivo Longitudinal Observacional n=90 pacientes	Este estudio demuestra que tanto los patrones de sueño como el dolor pueden influir en el funcionamiento de los pacientes con ictus para la realización de las actividades de la vida diaria, desde la fase aguda hasta seis meses después. Por ello, los profesionales de enfermería deben facilitar unas buenas condiciones de sueño y detectar el dolor, siendo una parte integral del programa de rehabilitación.
Crosby G, Munshi S, Karat A, Worthington E y Lincoln N.	Reino Unido 2011	Fatigue after stroke: frequency and effect on daily life	Transversal Observacional n=64 pacientes	La fatiga post-ictus es un problema común tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos dados de alta. Los resultados destacan la necesidad de aumentar la conciencia de este síntoma entre pacientes y profesionales. La limitada investigación disponible se refleja en la ausencia de recomendaciones específicas para la detección y el tratamiento de la fatiga en las directrices clínicas nacionales para el ictus.